



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:
“TUBERCULOSIS PERITONEAL”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Gavilanes Paredes, María Cristina

Tutor: Dr. ESP. Loiza Merino, Iván Patricio

Ambato-Ecuador

Noviembre - 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Análisis de Caso Clínico sobre: **“TUBERCULOSIS PERITONEAL”**, de Gavilanes Paredes María Cristina, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, Septiembre del 2016

EL TUTOR

.....
Dr. ESP. Loaiza Merino, Iván Patricio

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**TUBERCULOSIS PERITONEAL**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del presente trabajo.

Ambato, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....

Gavilanes Paredes, María Cristina

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Septiembre 2016

LA AUTORA

.....

Gavilanes Paredes, María Cristina

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema: **“TUBERCULOSIS PERITONEAL”** de: Gavilanes Paredes María Cristina estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre del 2016

Para la constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

La elaboración de una tesis, no solo es producto del esfuerzo individual sino también del colectivo. Se debe reconocer el mérito propio por alcanzar los objetivos que en algún momento de nuestra vida nos hemos propuesto, pero debo recalcar el esfuerzo en equipo que este logro tiene, como dice un proverbio africano, “Si quieres ir rápido camina solo, si quieres llegar lejos ve acompañado”.

Esto va dedicado a una gran cantidad de personas e instituciones: mis gigantes particulares, aquellos que con sus consejos y orientación me han permitido ver más allá, otros me han guiado lejos con sus enseñanzas y apoyo, y por último y más importante aquellos que con su amor y cariño han sabido estar ahí para mí cuando el camino no era fácil.

A todos ellos mi gratitud por su paciencia y consideración.

Dedicado para el forjador de mi camino, a mi padre celestial, Dios, el que me acompaña y siempre me levanto de mi continuo tropiezo.

A mi Madre, mi súper héroe personal, yo soy la consecuencia del enorme esfuerzo que ha hecho durante su vida.

A mi hermano Andrés, porque aunque ya no estés más, has sido una de las fuerzas motoras e inspiración más grande para poder alcanzar este sueño, ¡lo logramos!

A mis hermanos Pamela y Fabricio, quienes con su apoyo y amor han sabido guiarme.

A mis primas Mitas, Tatytu, Heidi, quienes a pesar de las adversidades y de los malos ratos que el camino a este sueño a traído, han sabido estar ahí apoyándome y sacándome una sonrisa.

A mi familia en general, son la mayor bendición que tengo, me han demostrado que uno se puede sentir de mil formas, pero jamás sola.

En estas líneas tampoco dejare de mencionar a mis grandes amigos, la familia que yo elegí, Stephy, Ovo, Sixto y Jessica, lo imposible se ha convertido en un dulce paseo, y sin ustedes dudo mucho que el camino hubiera sido tan divertido.

Gavilanes Paredes, María Cristina

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer de sobremanera al ser por el que todo esto se pudo hacer realidad, a Dios, porque una hoja de un árbol no cae si no es su voluntad, y el día de hoy me ha permitido recoger este logro.

A mi madre, gracias por todo el amor, esfuerzo y confianza que has depositado en mí, has sido la persona más importante no solo en este camino sino en mi vida, gracias por ser siempre quien necesite que fueras.

Mi padre, por ayudarme a cumplir este sueño, a mi familia ya que me han enseñado lo que es amar y ser amada.

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato, y sobre todo a la Carrera de Medicina por abrirme sus puertas.

A mis profesores de toda la Carrera un enorme gracias por compartir sus conocimientos y sobre todo, su don de gente conmigo, Dra. Angélica Martínez, Dra. María de la Caridad, Dra. Elsitá, Dra. Sandra Villacís, Dr. Alfonso, Dr. Morales, es ingrato de mi parte mencionar tan solo a unos pocos pero el agradecimiento es a todos; gracias queridos galenos.

Con gran ímpetu quiero agradecer al doctor Juan Carlos Vilaña que a sido una pieza fundamental en la elaboración de este caso clínico, por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, en su rectitud como docente, por sus consejos que han ayudado a formarme como persona y profesional.

De igual manera agradezco a mi profesor de investigación y de tesis el Dr. Iván Loaiza, gracias por sus consejos, su apoyo, han sido vitales para que este trabajo quede de la mejor manera

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida estudiantil, a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunos está aquí conmigo y otros en mis

recuerdos y corazón, sin importar donde estén quiero darles las gracias por ser parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Gavilanes Paredes, María Cristina

Contenido

PORTADA	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR	iii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iv
DERECHOS DE AUTOR	v
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	vi
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	ix
RESUMEN	xii
SUMMARY	xiii
I. INTRODUCCIÓN	1
INCIDENCIA	2
PATOGENIA	3
FACTORES DE RIESGO	4
CLASIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	4
CUADRO CLÍNICO	5
DIAGNÓSTICO	6
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	8
TRATAMIENTO	8
COMPLICACIONES	9
II. OBJETIVOS	10
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	11
HISTORIA CLÍNICA	12
1. DATOS DE FILIACIÓN:	12
2. ANTECEDENTES	12
5. PROBLEMAS:	14
IV. DESARROLLO	19
ANÁLISIS DEL CASO POR FECHAS	20
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	23
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	24
V. CONCLUSIONES	25
VI. LINKOGRAFÍA	26

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
“TUBERCULOSIS PERITONEAL”

Autora: Gavilanes Paredes, María Cristina

Tutor: Dr. ESP. Loaiza Merino, Iván Patricio

Fecha: Mayo del 2016

RESUMEN

La tuberculosis peritoneal generalmente ocurre secundaria a una infección pulmonar primaria diseminada. El cuadro clínico puede imitar una carcinomatosis por sus síntomas vagos y signos no específicos, como dolor abdominal de etiología desconocida, ascitis y fiebre.

Paciente masculino de 22 años de edad, que ingresa por presentar ascitis, pérdida de peso, con una Adenosina Desaminasa (ADA) 90,8 U/L y un CA 125 de 681,3 U/mL.

Los hallazgos transoperatorios incluye líquido ascítico más o menos de 4000cc, presencia de múltiples infiltrados peritoneales y viscerales que aparentan carcinomatosis, hígado con múltiples nódulos, el estudio anatomopatológico refiere tuberculosis abdominal.

El diagnóstico se realiza mediante estudios de laboratorio, estudio anatomopatológico y mediante el cultivo del líquido peritoneal.

Con el diagnóstico de tuberculosis peritoneal el paciente fue visto por el servicio de Infectología, posteriormente fue referido al centro de salud número 1, donde recibe seguimiento y tratamiento.

PALABRAS CLAVES: TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS_PERITONEAL, LAPAROSCOPIA_DIAGNÓSTICA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

"PERITONEAL TUBERCULOSIS"

Author: Gavilánes Paredes, Maria Cristina

Tutor: Dr. ESP. Loaiza Merino, Ivan

Date: May, 2016

SUMMARY

Peritoneal tuberculosis generally occurs as a secondary infection of a primary disseminated pulmonary infection. The clinical case can mimic a carcinomatosis due to its vague symptoms and unspecified signs, like abdominal pain of unknown etiology, ascites and fever.

Male patient of 22 years of age, admitted for presenting ascites, weight loss, with adenosine-deaminase (ADA) 90,8 U/L and CA 125 of 681,3 U/mL.

The peri-operative findings include ascetic fluid of about 4000cc, presence of multiple peritoneal and visceral infiltrates that appear as carcinomatosis, liver with multiple nodules, the anatomopathological study refers to abdominal tuberculosis.

The diagnosis is performed through laboratory studies, anatomopathological study and through the culture of peritoneal fluid.

With the diagnosis of peritoneal tuberculosis the patient was seen by the service of Infectology, he was later referred to health center number 1, where he will get a check up and treatment.

KEY WORDS: TUBERCULOSIS, PERITONEAL_TUBERCULOSIS, DIAGNOSTIC_LAPARASCOPIY.

I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que presenta diversas manifestaciones clínicas, incluso ha llegado a considerarse una pandemia que hasta el día de hoy afecta a todo el mundo; su agente causal es el bacilo de Koch perteneciente al género *mycobacterium*; caracterizada por la formación de granulomas caseosos con necrosis tisular; desde el punto de vista epidemiológico es una patología con incidencia asociada con la pobreza, precarias condiciones de vida, inadecuado sistema de salud, la creciente prevalencia de la resistencia a múltiples medicamentos, otras condiciones como infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), desnutrición, etilismo y/o drogadicción. (6-9-12)

Su vía de transmisión es respiratoria, a través de la exposición prolongada de las gotitas de flush esparcidas cuando una persona contagiada tose, habla o estornuda.

En la actualidad, un tercio de la población mundial es portadora del *mycobacterium tuberculosis*; los pulmones son los órganos que tienen mayor incidencia en su afectación; sin embargo podemos encontrar manifestaciones extrapulmonares a nivel de riñones, huesos, ganglios linfáticos, sistema nervioso central, órganos genitales, pericardio, intestino, peritoneo y articulaciones.

La tuberculosis extrapulmonar se define, utilizando los criterios de clasificación de la OMS, como aquella infección producida por *Mycobacterium tuberculosis* que afecta a tejidos y órganos fuera del parénquima pulmonar. (8)

La tuberculosis todavía es un problema de salud que día a día adquiere importancia en los países en vías de desarrollo; por lo que el interés en la enfermedad de localización intestinal es tema de actualidad.

La mayoría de casos son resultado de la activación de un foco pulmonar latente establecido previamente teniendo como consecuencia un 20% de tuberculosis extrapulmonar. Solo una sexta parte de los casos está asociada a un foco pulmonar activo. Conforme la enfermedad progresa, el peritoneo parietal y visceral se cubre

con “tubérculos”. A nivel intestinal el íleon terminal y el ciego son los sitios afectados con mayor frecuencia. (9-13)

INCIDENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 1,722 millones de personas están infectadas con *Mycobacterium tuberculosis*, encontrándose en la mayoría de los individuos infección latente o inactiva. En el año 2005 se reportaron más de cinco millones de nuevos casos de tuberculosis tanto pulmonar como extrapulmonar. La tuberculosis peritoneal se presenta entre el 4% y 10% de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar. (3-7)

El primer caso de tuberculosis peritoneal documentado data de 1843 en un hospital neoyorquino. Conocida como “La gran simuladora”, mimetiza toda una variedad de padecimientos, presentando una clínica compatible con cualquier patología abdominal, desde parasitosis intestinal, hasta carcinomatosis. (7)

La forma de Tuberculosis diagnosticada con más frecuencia es la Tuberculosis Pulmonar (TBP), con el 83% de los casos. Las formas extra pulmonares más frecuentes diagnosticadas la TB ganglionar y la pleural, sin embargo también puede haber afectación osteoarticular, miliar, meníngea, así como abdominal. La forma abdominal puede involucrar cualquiera de sus órganos, principalmente peritoneo, intestinos, y nódulos linfáticos mesentéricos. La tuberculosis peritoneal es una causa frecuente de ascitis en países subdesarrollados, así que el diagnóstico debe de ser considerado en inmigrantes de estos países, personas VIH positivas o con SIDA. (3-4)

La tasa de mortalidad en el Ecuador ha ido disminuyendo progresivamente desde el año 2005, en que fue de 5,88 por 100 mil habitantes, hasta los 2,43 reportados en 2013; la meta para el año 2015 fue alcanzar una tasa de mortalidad de 2 por cada 100 mil habitantes. (10)

En el 2012, Ecuador reportó 5.108 casos nuevos de tuberculosis y el éxito de tratamiento fue de 78,24%; en comparación con el año 2013 en el cual la incidencia fue menor con 4.976 casos y un éxito en el tratamiento de 81,90%. (10)

El 2014 fue un año en el cual se obtuvo un total de 4.897 casos nuevos que actualmente se encuentran en tratamiento bajo el programa nacional DOTS (Tratamiento acortado directamente observado, por sus siglas en inglés), estrategia adoptada por el Ministerio de Salud Pública desde el año 2001 con el objetivo de garantizar la curación del afectado por tuberculosis. (10)

Actualmente 103 profesionales de 285 establecimientos de la Red Pública Integral de Salud fueron capacitados en la estrategia DOTS, con la finalidad de implementarla en todo el Sistema Nacional de Salud hasta 2017. (10)

PATOGENIA

Mycobacterium tuberculosis es el microorganismo responsable de la mayoría de los casos de tuberculosis intestinal. Aunque investigaciones efectuadas sobre la patogenia de la enfermedad no dejan claro el mecanismo de la infección. Se han postulado algunos como: La ingestión de material infectado, por extensión directa de órganos vecinos comprometidos, por diseminación hematológica o linfática. La vía habitual de infección es la penetración directa a través de la mucosa intestinal de los microorganismos deglutidos. (3-4)

Infectan el peritoneo por medio de la diseminación hematológica de los bacilos desde un foco pulmonar, ruptura de vasos linfáticos retroperitoneales y mesentéricos o por contaminación directa de la cavidad como en los pacientes con diálisis peritoneal. (13)

La mucosa oral intacta es extremadamente resistente a la invasión bacteriana, por lo que al localizarse el *M. tuberculosis* en la cavidad oral, ya sea que provenga de secreción pulmonar o laríngea o de alimentos infectados, para su implantación cobra importancia la existencia de traumatismos locales. Los microorganismos de las lesiones abiertas del pulmón llegan a las vías respiratorias altas al toser y después se tragan llegando al estómago luego pasan al intestino delgado donde son fagocitados por el tejido linfoide, mayormente en el área ileocecal, en donde se localiza el mayor porcentaje de las lesiones intestinales, a este nivel es absorbido por la mucosa intestinal y pasa hacia las placas de Peyer. (4)

El origen de la peritonitis tuberculosa es por propagación directa del intestino, por rotura de un ganglio mesentérico tuberculoso secundariamente infectado desde el intestino. La adenitis mesentérica tuberculosa es la fuente de la mayoría de las complicaciones (fístulas, peritonitis). La peritonitis tuberculosa puede también originarse por propagación de la infección de las trompas de Falopio. (4-14)

El *Mycobacterium tuberculosis* puede localizarse en cualquier órgano de la cavidad abdominal, siendo el más frecuente el tracto gastrointestinal, seguido de los ganglios retroperitoneales. Tras la reactivación, tanto el peritoneo parietal como el visceral se cubren de tubérculos. (4-13)

El *Mycobacterium tuberculosis* puede infectar el aparato digestivo a través de la sangre, la linfa, o por contacto, sin embargo, La vía habitual de infección es la penetración directa a través de la mucosa intestinal de los microorganismos deglutidos. La lesión patognomónica de la tuberculosis peritoneal es la siembra de la serosa con los tubérculos miliares, que son lesiones finas de color gris blanco. (3-4)

FACTORES DE RIESGO

La tuberculosis del aparato digestivo es una enfermedad asociada con la pobreza, las precarias condiciones de vida, los inadecuados sistemas de salud, la creciente prevalencia de la Resistencia a Múltiples Medicamentos, que predomina en personas adultas con antecedente de tuberculosis pulmonar o con tuberculosis pulmonar activa asociada a otras condiciones como infección por virus de la inmunodeficiencia (VIH), desnutrición, etilismo y/o drogadicción. El 95% de las muertes se produce en los países en vía de desarrollo. (4-12)

CLASIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Los sitios anatómicos involucrados en la tuberculosis abdominal incluyen: el peritoneo, esófago, estómago, duodeno, yeyuno, íleon, apéndice cecal, anorrectal y nódulos linfáticos mesentéricos, principalmente. En general desde la boca hasta

el ano y en cualquier órgano intraabdominal como hígado o páncreas aunque sean raras. (13)

En el 75% de los lugares más frecuentes de afectación intestinal son íleon terminal, yeyunoileal, ileocecal y/o peritoneo. (3-13-14)

El peritoneo se infecta frecuentemente y junto con las porciones intestinales ya referidas son las principales localizaciones de tuberculosis. (13)

CUADRO CLÍNICO

Dentro de las manifestaciones clínicas descritas en los pacientes se encuentra 80-90% dolor abdominal con grados diversos de distensión, 70% de los pacientes refieren fiebre, 60% tienen pérdida ponderal y solo 15% diarrea. (13)

El síntoma más común es el dolor abdominal crónico e inespecífico, que refiere el 80-90% de los pacientes y es de moderada a gran intensidad con marcada postración y ascitis, la ascitis a la exploración es el hallazgo más relevante en cantidades variables pudiendo evidenciarse tanto la onda ascítica como el signo del tablero de ajedrez, es extremadamente raro encontrar un líquido ascítico hemorrágico, también es infrecuente el hallazgo del microorganismo en el líquido ascítico. Puede haber pérdida de peso, diarrea o estreñimiento y sangre en las heces. En dos terceras partes de los pacientes puede apreciarse una masa abdominal, habitualmente profunda y posterior en cuadrante inferior derecho de abdomen. (3-4-13)

Puede existir alteración del patrón defecatorio con presencia de diarreas persistentes y/o alternancia de diarrea con estreñimiento, las heces pueden ser acuosas o de tipo disentérico con presencia de moco y sangre. La hematoquezia puede presentarse en la forma ulcerosa. (3)

Signos importantes son la pérdida de peso, la distensión abdominal, fiebre, y borborismos en la fosa ilíaca derecha; también, es posible palpar una masa dolorosa en el cuadrante inferior derecho (forma hiperplásica). La tuberculosis de

localización peritoneal, presente mayormente en adultos jóvenes, tiene manifestaciones sistémicas más que peritoneales, con fiebre, hiporexia y malestar general. La ascitis es el hallazgo físico más frecuente y se encuentra en forma manifiesta en el 75% de los casos. (3-4)

Las fistulas anales y perianales son un hallazgo frecuente asociado a abscesos y hemorroides si se ve afectada la región recto-anal. (3)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza mediante TAC y realización de colonoscopia y biopsia para cultivo y estudio histológico. La sensibilidad de la biopsia es del 80% en la tuberculosis intestinal. (8)

En el caso de la TB peritoneal el diagnóstico se realiza mediante paracentesis con extracción de líquido peritoneal, para determinación del ADA que presenta generalmente elevada sensibilidad y especificidad, y estudio microbiológico. (8)

La Baciloscopía del líquido peritoneal tiene escaso valor diagnóstico, siendo positiva en el 6% de los casos. Sin embargo, el cultivo del líquido peritoneal es positivo en el 80% de los casos. Si este fuera negativo, se debe realizar biopsia peritoneal guiada por TAC o mediante laparoscopia. (8)

La cirugía se reserva a los casos en los que existe complicación como perforación, sangrado u obstrucción. (8)

El CA 125 se ha descrito como una proteína asociada con la presencia de tumores como neoplasias ováricas, sin embargo, su presencia también se ha descrito en patologías benignas como es la tuberculosis peritoneal. Se han observado muchos casos con presencia de ascitis y lesiones en peritoneo con niveles de CA 125 reportados como carcinomatosis peritoneal, aunque la elevación de este marcador sérico debe ser interpretada con cautela en los pacientes con ascitis. (6)

Los hallazgos más comunes en los estudios efectuados son:

- Baciloscopia positiva en fluidos corporales, es de gran ayuda diagnóstica sea en esputo o en líquido ascítico. La presencia del bacilo tuberculoso en las heces es de valor diagnóstico sólo si el mismo no se encuentra en el esputo, que sugiere el compromiso intestinal primario.
- Los estudios por imágenes con ultrasonido o con TAC son de ayuda para detectar ganglios anormales o patología peritoneal, podemos encontrar en engrosamiento liso o realce del peritoneo, mesenterio engrosado y nodular ascitis de alta densidad y nodos linfáticos de baja densidad. (8-11-16)
- La laparotomía con biopsia es una técnica valiosa para el diagnóstico de tuberculosis peritoneal, aunque en este punto esta ha quedado obsoleta debido al uso de la laparoscopia diagnóstica ya que esta es menos invasiva y los resultados son los deseados.
- La laparoscopia exploratoria tiene un gran valor diagnóstico aunque muchas veces es poco lo que se puede hacer desde el punto de vista de corrección quirúrgica en el caso de complicaciones.
- En ocasiones, y frente a la realidad de cada caso, la prueba terapéutica exitosa en pacientes con sospecha clínica, por imágenes y/o laboratorio de tuberculosis abdominal se considera como prueba diagnóstica.

Para la obtención del diagnóstico en la tuberculosis extrapulmonar se debe obtener muestras de líquidos y/o tejidos que sean accesibles mediante punción con aguja fina (PAAF), realizando Baciloscopia, cultivo y PCR, llegando si es preciso a la biopsia del tejido afectado si la PAAF no es diagnóstica. (8)

El estudio histopatológico de tejidos tomados por biopsia muestra los típicos granulomas necrotizantes que contienen macrófagos, linfocitos y células de Langhans. En la parte central se puede observar en ocasiones necrosis caseosa. Su presencia tiene una elevada especificidad y podría justificar la decisión de iniciar tratamiento antituberculoso. Sin embargo, la presencia de granulomas sin necrosis aunque sugiere el diagnóstico, obliga a descartar otras enfermedades infecciosas o no infecciosas. Únicamente se observan BAAR en el 10% de las muestras

histológicas y el cultivo en ocasiones es inviable pues las muestras se han conservado en formol. La PCR en muestras fijadas con formol tendría una sensibilidad muy variable del 30-60%. Por lo que es importante que las muestras obtenidas de biopsia para cultivo se conserven en agua destilada. (8)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La tuberculosis es una enfermedad que en los últimos años está resurgiendo muchas veces con manifestaciones atípicas. Su localización intestinal, aunque infrecuente debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la tuberculosis extrapulmonar del dolor abdominal crónico, sobre todo en población de riesgo. (4)

Debe ser establecido con entidades como la colitis ulcerativa, las parasitosis intestinales en inmunosuprimidos, amebiasis, giardiasis, estrongiloidiasis, linfoma intestinal, neoplasia maligna de intestinos, carcinomatosis peritoneal, así como también con entidades como la enfermedad de Crohn y el cáncer de ovario. Importante resaltar que la Tuberculosis del tracto gastrointestinal y la Enfermedad de Crohn son trastornos granulomatosos crónicos similares en su presentación clínica y patología. (4-11)

TRATAMIENTO

El tratamiento de las formas de tuberculosis extrapulmonar no difiere de las pautas de tratamiento de la TB pulmonar. Las evidencias sobre la duración de los tratamientos en algunas formas de TB extrapulmonar no son unánimes. Se recomienda utilizar los mismos regímenes de antibióticos con una duración de 6 meses y prolongar la duración del tratamiento a 12 meses en el caso de la TB con afectación del SNC y a 9 meses en el caso de espondilitis tuberculosa con afectación neurológica, dado que en estos pacientes las pautas cortas se ha asociado a mayor riesgo de recaídas.

El esquema de tratamiento sería de 2 meses con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, seguidos de 4 meses de rifampicina e isoniazida. Una

vez que se identifique la sensibilidad a los fármacos de primera línea mediante antibiograma puede retirarse el etambutol.

En cuanto a la administración de corticoides se recomienda su uso en la pericarditis tuberculosa y en las primeras semanas de tratamiento de las formas meníngeas, estadios 2 y 3 de la clasificación de clasificación del British Medical Council (BMC), donde en diversos estudios se ha demostrado una disminución de la mortalidad hasta del 22% en la meningitis y una disminución del 18% del riesgo de presentar déficit neurológicos.

Ocasionalmente puede considerarse el uso de corticoides por su acción antiinflamatoria en las formas miliares de tuberculosis muy extensas o con mala evolución y otras localizaciones como pleural, ganglionar, genito-urinaria, peritonitis y uveítis. La dosis recomendada es de 0.5-1mg/kg al día de metilprednisolona durante un mes, con una disminución progresiva hasta su retirada en 2 meses.

La cirugía en la tuberculosis extrapulmonar se emplea en paciente con espondilitis tuberculosa y deterioro neurológico. En la pericarditis constrictiva persistente debe considerarse la realización de pericardiectomía en los casos refractarios y en el caso de tuberculosis pleural puede llegarse a la realización de toracotomía en casos muy avanzados cuando el drenaje y el tratamiento conservador no han sido efectivos.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes son: malabsorción, obstrucción intestinal, en un 15% al 60% de los casos; las fístulas entero entéricas, en 2% a 30%; perforación intestinal 1-15% una de las complicaciones más temidas, que, si bien puede representar la progresión natural de la enfermedad, se ha informado que también puede ocurrir durante la terapia para la tuberculosis, entre 2 y 4 meses después de su inicio, por un proceso llamado deterioro paradójico, y el sangrado entre 2% y 24%. (3-4-13)

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar los puntos críticos en la ruta de atención de un paciente con Tuberculosis intestinal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los principales factores de riesgo para la evolución de tuberculosis peritoneal
- Evaluar la oportunidad de solicitud de atención del paciente.
- Evaluar si se cumplen con los protocolos de diagnóstico para tuberculosis.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

El presente caso clínico, se realizó con el apoyo de múltiples fuentes de información y el análisis detallado de:

La historia clínica completa del paciente que se encuentra disponible en la base de datos del Hospital Regional Docente de la ciudad de Ambato; de donde se obtuvo la información de la evolución diaria, medicamentos suministrados, los exámenes de laboratorio y controles posteriores.

Aquellos datos de relevancia en el análisis del presente caso y que no constaban en la historia del paciente fueron obtenidas mediante entrevistas directas y activas con el paciente, con los familiares a cargo de su cuidado y el personal de salud con los que tuvo contacto dentro y fuera de la institución.

La información científica fue obtenida de artículos de revisión y Guías de Práctica Clínica de diversas fuentes bibliográficas, para ofrecer al lector una idea clara sobre el manejo adecuado de los pacientes que presenten este tipo de complicaciones basadas en la evidencia disponible y las recomendaciones actuales.

HISTORIA CLÍNICA

1. DATOS DE FILIACIÓN:

Paciente de 22 años de edad, sexo masculino, etnia mestizo, estado civil unión libre, ocupación empleado mostrador, nacido en Babahoyo y residente en Ambato desde hace 15 años, instrucción secundaria completa, religión católica, lateralidad diestro, grupo sanguíneo O Rh+.

2. ANTECEDENTES

Antecedentes Patológicos Personales	Sinusitis crónica diagnosticada hace 4 años con resolución quirúrgica.	
Antecedentes Quirúrgicos	Plastia de tabique nasal realizada hace 4 años.	
Antecedentes Patológicos Familiares	No refiere	
Antecedentes Socioeconómicos	Paciente vive en departamento, alquiler, cuenta con un baño, un dormitorio, una sala y una cocina, convive con su esposa, mantienen buenas relaciones intrafamiliares, cuentan con todos los servicios básicos (luz, agua potable, alcantarillado), no tienen hijos, el paciente es quien sustenta la economía de su hogar (sueldo básico).	
Antecedentes patológicos no	Micción:	3 veces al día
	Deposición:	1 – 2 veces al día
	Alimentación:	3 veces al día
	Alergias:	no refiere
	Alcohol:	Desde hace 2 años, todos los fines de semana, hasta llegar a la embriaguez, dejó de ingerir alcohol desde hace 2 meses
	Tabaco:	no refiere
	Drogas	Marihuana con frecuencia
Transfusiones:	no refiere	

1. Motivo de consulta

- Distensión abdominal

2. Enfermedad actual

- Paciente que presenta desde hace más o menos 1 mes distensión abdominal, sin causa aparente, de inicio brusco, que se acompaña de dolor abdominal,

tipo cólico, gran intensidad, 9/10 según EVA, difuso, irradiado a región lumbar, que no aumenta o disminuye con la posición, además presenta náusea que no llega al vómito por varias ocasiones, tenesmo vesical, que no se modifica ante la posición, alimentación, micción y deposición, refiere no haberse medicado, pero hace 24 horas el cuadro se exacerba por lo que acude.

3. Revisión actual de aparatos y sistemas

- **General:** Pérdida de peso +/- 20 kg en 5 meses

4. Examen físico

Signos vitales (Ingreso 28/08/2015)

TA:	110/60 mmHg
FC:	119 lpm
FR:	20 rpm
T°:	36,5 °C
Peso:	73 kg
Sat O2:	96% Aire Ambiente

Apariencia General:	Paciente despierto, afebril, hidratado, vigil, orientado en tiempo, espacio y persona, álgico.
Piel:	No se evidencia lesiones, ni cicatrices, hidratada, afebril, palidez generalizada
Cabeza:	Normocefálica, cabello de implantación normal de acuerdo a sexo y edad.
Ojos:	pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y acomodación
Oídos:	Conducto auditivo externo permeable.
Nariz:	Fosas nasales permeables
Boca:	Mucosas orales húmedas, piezas dentales completas en regular estado.
Cuello:	Movilidad conservada, no se palpan adenopatías, no ingurgitación yugular, no soplos, tiroides OA.
Tórax:	Expansibilidad conservada
Pulmones:	Murmullo vesicular presente, no se ausculta ruidos sobreañadidos.
Corazón:	Ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos.
Abdomen:	Distendido, no se evidencia lesiones, cicatrices, ni masas, ruidos hidroaéreos disminuidos, suave, depresible doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, no se palpa hepatomegalia, onda ascítica +, matidez en hipocondrio derecho e izquierdo, timpanismo en el resto del abdomen, perímetro abdominal 92 cm.
Región inguinogenital:	No valorado
Extremidades:	Simétricas, tono, fuerza y movilidad conservada, no se evidencia edemas.

5. PROBLEMAS:

- Distensión abdominal
- Ascitis

6. APARATO AFECTO:

- Aparato gastrointestinal
- Peritoneo
- Sistema Inmunológico

7. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVOS

- Carcinomatosis
- Tuberculosis peritoneal

8. TRATAMIENTO INICIAL

- Nada por vía oral
- Control de signos vitales
- Control de ingesta y excreta
- Control de Tensión Arterial cada 4 horas
- Peso diario
- Perímetro abdominal cada día
- Solución Salina al 0,9% 1000 cc Endovenoso en 24 horas
- Furosemida 200 mg Endovenoso c/12 horas
- Omeprazol 40 mg Endovenoso al día
- Lactulosa 30 mg Vía Oral, hora sueño

EXÁMENES:**Fecha:** 20/08/2015

Serológico	HIV I-II:	Negativo
------------	-----------	----------

Fecha: 28/08/2015

Laboratorio	ADA	90,8 U/L
	Bacteriológico – cultivo Muestra: Líquido ascítico	Gram: No hay desarrollo bacteriológico 24 y 48 horas
	Biometría hemática	
	Leucocitos:	5.1 x10 ³ uL
	Glóbulos rojos.	4.75 x10 ⁶ uL
	Hemoglobina:	13.7 g/dl
	Hematocrito:	40 %
	VCM:	84.2 fL
	HCM:	28.8 pg
	CHCM:	34.3 g/dl
	Plaquetas	397 x10 ³ uL
	Neutrófilos:	70 %
	Linfocitos	24%
Imagen	Ecografía Abdomen Superior	Presencia de líquido libre en espacio subfrénico, Morrison, correderas parietocólicas y receso recto vesical. Conclusión: Ascitis en volumen aproximado de 2000 cc

Fecha: 30/08/2015

Laboratorio	Biometría hemática	
	Leucocitos:	4.56 x10 ³ uL
	Glóbulos rojos.	5.07 x10 ⁶ uL
	Hemoglobina:	14.6 g/dl
	Hematocrito:	43.2 %
	VCM:	85.2 fL
	HCM:	28.8 pg
	CHCM:	33.8 g/dl
	Plaquetas	421 x10 ³ uL
	Neutrófilos:	73.9 %
	Linfocitos	13.9%
Química sanguínea		

	Urea.	23 mg/dl
	BUN:	11
	Glucosa:	72.5 mg/dl
	Creatinina:	0.93 mg/dl
	Ácido Úrico:	7.3 mg/dl
	Bilirrubina Total:	0.71 mg/dl
	Bilirrubina Directa:	0.37 mg/dl
	Proteínas totales:	6.87 g/dl
	TGO:	22.1 U/L
	TGP:	15.8 U/L
	Fosfatasa Alcalina:	69 U/L
	Sodio:	136 mmol/L
	Potasio:	5.17 mmol/L
	Cloro:	97.2 mmol/L

Fecha: 01/09/2015

Laboratorio	Marcadores oncológicos	
	CEA (Antígeno Carcino Embrionario):	0,843 ng/ml
	CA 125 (Carcinoma Ovárico):	681,3
	CA 19-9 (Carcinoma Gástrico):	2,86 U/ml
Imagen	Radiografía de Tórax	Parénquima campo pulmonar derecho. Se advierte imagen de condensación neumónica basal además de derrame pleural que se proyecta hacia la pared lateral y superior describiendo la línea de Damasiou, aproximadamente del 25% de la capacidad pulmonar. Campo pulmonar izquierdo: Adecuadamente distendido existe redistribución del flujo vascular hacia el ápice.

Fecha: 03/09/2015

Laboratorio	Serológico	
	HIV:	No reactivo
	Bacteriológico	
	Baciloscopía primera:	negativo
Imagen	Tomografía contrastada de Tórax, Abdomen y Pelvis	Tomografía de Tórax: Marcado engrosamiento pleural derecho, que provoca disminución de la expansibilidad pulmonar, de este lado sin desencadenar atelectasia en el parénquima pulmonar. Engrosamiento de los septos inter-lobares y sub-pleurales de predominio basal y posterior derecho. No se observa realce pleural, la pleura derecha alcanza dimensiones de 1,30 cm de espesor.
		TAC de Abdomen contrastada: Líquido libre localizado en todos los espacios de la cavidad abdominal, este líquido

		<p>presenta densidad de 14 a 20 UH, volumen aproximado de 2000 cc, provocando centralización de asas intestinales. Engrosamiento difuso de los tejidos blandos que afectan el mesenterio, epiplón y peritoneo parietal, demostrando un realce a nivel de estructuras mencionadas y en fase tardía sin lavado de contraste.</p> <p>Debido a la presencia de ascitis se visualiza fácilmente el trayecto de los vasos mesentéricos y pliegues.</p> <p>Adenomegalias mesentéricas, intra y retroperitoneales.</p>
--	--	--

Fecha: 07/09/2015

Laboratorio	Biometría Hemática	
	Tiempo de Protrombina:	11 seg
	Tiempo T Parcial:	51 seg
	INR:	1.1
Imagen	Electrocardiograma	Estudio sin alteraciones.

Fecha: 13/09/2015

Laboratorio	Biometría hemática	
	Leucocitos:	4.85 x10 ³ uL
	Glóbulos rojos.	4.84 x10 ⁶ uL
	Hemoglobina:	13.9 g/dl
	Hematocrito:	41.2 %
	VCM:	85.1 fL
	HCM:	28.7 pg.
	CHCM:	33.7 g/dl
	Plaquetas	434 x10 ³ uL
	Neutrófilos:	65.1 %
	Linfocitos	19.3%
	Química sanguínea	
	Urea.	25.7 mg/dl
	BUN:	12
	Glucosa:	78.9 mg/dl
	Creatinina:	0.94 mg/dl
	Desidr. Láctica:	197 U/L
	Sodio:	138.39 mmol/L
Potasio:	4.65 mmol/L	
Cloro:	97.52 mmol/L	

Fecha: 14/09/2015

Imagen	Endoscopia Digestiva Alta	Esófago Distal: Cambio mucoso coincide con el cardias el mismo que se mantiene entre abierto, sobre el cambio mucoso hasta los 37 cm se aprecian islotes de mucosa nacarada sugestiva de metaplasia se biopsia fco 2. Fondo Gástrico: Lago bilioso en moderada cantidad. Antro Gástrico: Parches de mucosa pálida interpuestos entre mucosa congestiva con áreas de reagudización se toman biopsias de antro incisura y cuerpo píloro céntrico y permeable. Región post bulbar: Bulbo y segunda normal.
--------	----------------------------------	--

Mediante los resultados de exámenes obtenidos hasta el momento, en el criterio diagnósticos se plantean dos posibles diagnósticos tuberculosis peritoneal, carcinomatosis, por lo que se pide interconsulta a cirugía general para que el paciente sea sometido a una laparoscopia exploratoria y mediante el histopatológico del mismo se obtenga el diagnostico definitivo.

Fecha: 08/09/2015

Protocolo postquirúrgico Hallazgos quirúrgicos	<ol style="list-style-type: none">1. Líquido ascítico de mas o menos 4000cc2. Presencia de multiples infiltrados peritoneales y viscerales que aparenta carcinomatosis3. Hígado con múltiples nódulos
---	---

Fecha: 17/09/2015

Informe Anatómico-Patológico Muestra tomada en laparoscopia exploratoria	Origen y/o naturaleza de la pieza: Epiplón mayor peritoneo parietal Descripción Macroscópica: Se reciben 2 fragmentos de tejido blando, aplanados, de 1.8 cm el mayor y de 0.5 cm el menor de color grisáceo con áreas granuladas. SPTM (1C). Descripción Microscópica: En los cortes histológicos se observa proceso inflamatorio constituido por nódulos con abundante histiocitos y linfocitos algunos linfocitos de aspecto epiteloide y en la periferia tejido fibroso. Algunos nódulos muestran el centro de aspecto necrótico, rosáceo y granuloso, con células gigantes de Langerhans.
---	---

IV. DESARROLLO

Paciente masculino de 22 años de edad, nacido en Babahoyo y residente en Ambato, sin antecedentes patológicos familiares de importancia, en sus antecedentes patológicos personales el paciente refiere alcoholismo desde los 18 años hasta la actualidad, que llega a la embriaguez cada semana, y consumo de drogas tales como marihuana esporádicamente.

El paciente acude por presentar distensión abdominal que se acompaña de astenia generalizada, paciente ingresa con signos vitales de PA: 110/70 mm de Hg, FC: 88 por minuto, FR: 20 por minuto, saturación de oxígeno: de 96% Aire Ambiente, Temperatura: 35.5 grados centígrados axilar, perímetro abdominal de 92 cm, al examen físico, paciente consciente, orientado, afebril, hidratado, lo positivo que se encontró fue: palidez generalizada, abdomen: resistencia a la palpación, doloroso a la palpación superficial como profunda, ruidos hidroaéreos disminuidos, onda ascítica positiva.

Con los signos y síntomas presentados ingresa al servicio de medicina interna con el diagnóstico de ascitis en estudio, es asignado el caso a gastroenterología, al analizar el caso surgen dos posibles diagnósticos entre los que están la carcinomatosis vs Tuberculosis peritoneal, se realizan exámenes que ayudan a encaminar al diagnóstico definitivo, se le realiza una TAC la misma que reporta: paquipleura derecha con derrame pleural laminar de este lado y engrosamiento de los septos inter-lobulares y sub-pleurales, líquido libre compatible con ascitis, engrosamiento difuso del peritoneo parietal, mesenterio y epiplón, adenopatías retroperitoneales y mesentéricas, dando como primera impresión radiológica tuberculosis.

Se le realiza el examen de ADA el mismo que da un resultado positivo, a posterior se realizan marcadores oncológicos de los cuales el CA 125 (cáncer de ovario) nos da un resultado de 681,3U/mL.

Con los diferentes resultados obtenidos se pide una interconsulta a Cirugía General, para que el paciente se a sometido a una laparoscopia exploratoria mas toma de biopsia, los hallazgos del procedimiento son líquido ascítico de mas o

menos 4000cc, presencia de múltiples infiltrados peritoneales y viscerales que aparentan carcinomatosas, hígado con múltiples nódulos, se toma una muestra de peritoneo parietal y epiplón mayor.

Las muestras obtenidas son mandadas al servicio de anatomía patológica, quienes al realizar los estudios pertinentes reportan un diagnóstico de TUBERCULOSIS PERITONEAL.

ANÁLISIS DEL CASO POR FECHAS

El paciente tras acudir al servicio de emergencia y ser valorado se decide su ingreso.

Día 1 (29/08/2015)

Paciente es ingresado al servicio de Medicina Interna, al momento álgico, presenta distensión abdominal y alza térmica se administra:

- Paracetamol 500 mg IV STAT
- Bajar temperatura por medios físicos
- Exámenes complementarios BH, QS, Albúmina, TGP, TGO, bilirrubinas, electrolitos

Día 5 (04/09/2015)

Gastroenterología: Paciente refiere que al momento presenta dolor abdominal de moderada intensidad, que se acompaña de dolor lumbar, además refiere no realizar la deposición desde hace 24 horas, examen físico: abdomen: resistencia a la palpación superficial y profunda, RHA +, perímetro abdominal 88 cm.

Se realiza bajo normas de asepsia y antisepsia, paracentesis diagnóstica, obteniéndose líquido amarillento, se extrae 4 tubos, el procedimiento se lo realiza sin complicaciones.

Se añade pedidos de exámenes de citoquímico, bacteriológico, cultivo de Zheil Nelsen, BAAR, ADA, histopatológico de líquido ascítico.

NOTA: no se dispone de reactivos para poder realizar los estudios solicitados de citoquímico de líquido ascítico (cálculo del GASA).

Día 6 (07/09/2015)

Gastroenterología: Paciente se mantiene en las mismas condiciones, razón por la cual se solicita interconsulta a cirugía general, quienes indican pasar parte operatorio, chequeo prequirúrgico, consentimiento informado y exámenes de laboratorio.

Día 7 (08/09/2015)

Gastroenterología: Paciente refiere que al momento no presenta ninguna molestia, se encuentra en regulares condiciones. Examen físico: abdomen: resistencia a la palpación superficial y profunda, RHA +, perímetro abdominal 91 cm.

Paciente es trasladado a quirófano para la realización de Laparoscopia diagnóstica + biopsia peritoneal, donde se presentan los siguientes hallazgos: líquido ascítico +/- 4000 cc, presencia de múltiples infiltrados peritoneales y viscerales que aparentan carcinomatosis, hígado con múltiples nódulos, se toma biopsia de peritoneo parietal y epiplón mayor.

Procedimiento sin complicaciones.

Día 10 (11/09/2015)

Epidemiología: Paciente inicia tratamiento de tuberculosis extra pulmonar (peritoneal), esquema 1, fase N°1, dosis N°1, peso 60,5 kg.

HRZE: 4 tabletas.

Día 13 (18/09/2015)

Paciente que al momento no refiere molestias, se decide alta por gastroenterología, medicina interna y epidemiología encaminado a atención en el subcentro de salud para recibir tratamiento para tuberculosis esquema N°1, fase N°1, dosis N°8.

Se envía con hoja de contrareferencia a centro de salud N°1

FACTORES DE RIESGO

a) Oportunidad en la solicitud de la consulta:

El paciente presentaba síntomas digestivos desde hace 1 mes, sin acudir en todo este tiempo a facultativo o a una casa de salud de primer nivel, los mismos que se exacerbaron hace 24 horas, razón por la que acude al servicio de Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato.

b) Acceso a la atención médica:

La ubicación geográfica en donde reside el paciente corresponde a una zona urbana, la misma que cuenta con un acceso a la unidad de salud de primer y segundo nivel y servicio de atención particular.

c) Oportunidades en la atención:

El paciente al acudir al servicio de emergencia del hospital Regional Docente Ambato fue valorado, para posteriormente ser internado en el piso de medicina interna para el estudio de su cuadro clínico.

d) Características de la atención:

El paciente fue valorado por el servicio de Emergencia en donde se decide su hospitalización en el servicio de Medicina Interna, se realizan todos los exámenes y se coadyuva manejo con Cirugía General para manejo multidisciplinario.

En lo que respecta a seguimiento se realiza en centro de salud N°1 para los controles periódicos y continuar con tratamiento antifímico.

e) Oportunidades en la remisión:

Se considera que el paciente acudió directamente a ser atendido en centro de segundo nivel para su atención, sin ser remitido.

f) Trámites administrativos:

El paciente no tuvo inconvenientes para la realización de los exámenes solicitados en el II nivel de atención.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- El estilo de vida del paciente por el consumo de drogas (marihuana).
- El no acudir de manera oportuna a un servicios de atención primaria de salud.
- Déficit de implementos hospitalarios como reactivos para exámenes de rutina como tambien para exámenes especiales de laboratorio y de imagen ya que de cierta manera retrasa el diagnóstico paraclínico.
- La falta de personal o de remplazo del mismo al momento de ausencia (personal que sale de vacaciones), debido a la perdida de tiempo por esta razon.
- La demora en la respues de exámenes de importancia diagnostica como cultivos ya que esto enlentese el diagnostico definitivo.

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Educación sobre la importancia de controles en pacientes con síntomas digestivos	Planificar controles por parte del médico para sintomáticos respiratorios, que podría desencadenar una tuberculosis extrapulmonar	A mediano plazo	- Médico del centro de salud - Personal de Enfermería	Hospital Provincial General Docente Ambato Ministerio de Salud Pública
Correcta elaboración de historias clínicas	Realizar un control estricto de la información que se detalla en la historia clínica por el departamento de control de calidad	Inmediata	-Director asistencial del Hospital Provincial General Docente Ambato -Departamento de control de calidad	Hospital Provincial General Docente Ambato
Disponer de la medicación adecuada para tratamiento de cada patología	- Realizar los trámites pertinentes para disponer de la medicación necesaria para el tratamiento dicha patología.	Mediano plazo	- Gerencia - Comité de farmacología	Hospital General Docente Ambato
Diseñar un protocolo para diagnóstico precoz de tuberculosis extrapulmonar para pacientes con factores de riesgo.	- Elaborar un algoritmo para diagnóstico oportuno de tuberculosis extrapulmonar en el primer nivel de salud	Corto plazo	- Médico del centro de salud - Personal de Enfermería - Autora / investigadora	Hospital Provincial General Docente Ambato Ministerio de Salud Pública

V. CONCLUSIONES

- Los puntos críticos en la ruta de atención de un paciente con tuberculosis intestinal han sido varios, comenzando desde la poca educación que tenemos con nuestros pacientes al momento de tratar una molestia, pocos son aquellos que acuden inmediatamente a los centros de atención en salud, la mayoría de población que se ve aquejada por una dolencia prefiere esperar hasta cuando la patología avanza.

A pesar de que existen diferentes formas de abordar el problema, el diagnóstico se dificulta al no tenerla como diagnóstico presuntivo al momento de tener la clínica presente, debe estar entre nuestro diagnóstico diferencial en pacientes que sufran de ascitis, fiebre, dolor abdominal y pérdida de peso, teniendo en cuenta que el diagnóstico de la misma es un reto como ha mostrado el caso clínico previo.

- Se concluye que los factores de riesgo para la evolución de la tuberculosis peritoneal en este caso clínico son la pobreza, asociada a las precarias condiciones de vida que en este paciente se puede ver como la falta de casa fija y el uso de drogas (marihuana).
- Al momento de evaluar la solicitud de atención del paciente vemos que tuvo acceso no solo a atención pública sino también particular, pero la falta de conocimiento hizo que el paciente acuda al servicio de emergencia cuando la patología ya había progresado.
- Al evaluar si se cumplen con los protocolos de diagnóstico para tuberculosis en el Hospital Regional Docente Ambato si se cumplen con dichos protocolos, teniendo en cuenta la falta de reactivos para la realización de ciertas pruebas.

VI. LINKOGRAFÍA

1. Aidar Omar. Ambroggi Marta. Arévalo José. (2010). Guías de diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Hospital Muñiz - Instituto Vaccarezza. Pg.: 4 - 38

Disponible en: http://www.neumo-argentina.org/images/guias_consensos/guia_tuberculosis_del_hospital_muniz_2011.pdf

2. Castillo Richard. (2015). Tuberculosis abdominal, un dilema diagnóstico: reporte de una serie de casos. Medwave. Pg.: 1 – 5

Disponible en:

<http://www.medwave.cl/medios/medwave/Septiembre2015/PDF/medwave.2015.08.6271.pdf>

3. Cruz Shirley. (2014). Tuberculosis peritoneal e intestinal. revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI (610) 195 – 201. Pg.: 1 – 7

Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/610/art04.pdf>

4. Cruz Alejandra. (2013). Tuberculosis peritoneal. revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXX (605) 81-85. Pg.: 1 – 5

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131p.pdf>

5. Ebrary: Tuberculosis and Nontuberculous Mycobacterial Infections (6). (2011). Washington, US: ASM Press. Retrieved from

Disponible en: <http://www.ebrary.com>

6. Gómez Andrés. (2013). Tuberculosis peritoneal con niveles elevados de CA 125. Rev. Fac. Med. Vol. 61 No. 3: 311-314. Pg.: 1 – 3

Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/38915/2/42678-196954-1-SP.pdf>

7. Molina Marcos. (2015). Caso Clínico: Tuberculosis Peritoneal. Revista Médica HJCA Vol. 7 Núm. 2. Pg.: 1 – 4

Disponible en: [file:///C:/Users/DIEGO/Downloads/34-127-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DIEGO/Downloads/34-127-1-PB%20(1).pdf)

8. Ramírez M, Menéndez A, Noguerado A. (2015). Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Rev Esp Sanid Penit 17: 3-11. Pg.: 4 – 38

Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v17n1/02_revision.pdf

9. Salgado L, Hernández A, Gutierrez A. (2015). Peritoneal tuberculosis: A persistent diagnostic dilemma, use complete diagnostic methods. Rev Med Hosp Gen Méx.; 78(2):55---61. Pg.: 1 – 6

Disponible en:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90436871&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=325&ty=101&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=en&fichero=325v78n02a90436871pdf001.pdf

10. Ministerio De Salud Publica Del Ecuador. Dia mundial de la tuberculosis: el MSP trabaja con éxito en prevención y control de la enfermedad

Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/dia-mundial-de-la-tuberculosis-el-msp-trabaja-con-exito-en-prevencion-y-control-de-la-enfermedad/>

11. Artículo de revisión IMÁGENES EN TUBERCULOSIS ABDOMINAL, Rev Colomb Padiol 2010;21:(4);3025-35 pag# 5-6

12. Pedraza Moreno, L.M. García Alvarado, C.A. Muñoz Sánchez, A.Y. 2012 Caracterización de pacientes con tuberculosis y tuberculosis resistente a múltiples medicamentos en instituciones de tercer nivel de Bogotá D.C. SCIELO Enferm. glob. vol.11 no.25 Murcia ene. 2012

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012001100008

13. Dr. Oscar Alejandro Farías Llamas, Dra. María Karina Lizbeth López Ramírez, Dr. Juan Manuel Morales Amezcua, Dr. Manuel Medina Quintana, Dr. Giuseppe Buonocunto Vázquez, Dr. Isaac Emmanuel Ruiz Chávez, Dr. Alejandro González Ojeda, 2005 Tuberculosis peritoneal e intestinal: una enfermedad ancestral que impone nuevos retos en la era tecnológica. Informe de un caso y revisión de la literatura Rev Gastroenterol Mex, Vol. 70, Núm. 2, 2005

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gastro/ge-2005/ge052i.pdf>

14. Myr. M.C. Dante Medina Vázquez,* Myr M.C. Angel Pantoja Vera,** M.I.P. Fany Sánchez Vicente, Tuberculosis peritoneal. Presentación de caso clínico.

Disponible en: <http://www.sedena.gob.mx/pdf/tbperitoneal.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA

I. SCOPUS: Kılıç MÖ, Sağlam C. Evaluation of forty-nine patients with abdominal tuberculosis. J Clin Anal Med 2016;7 (4).

Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84962009844&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=tuberculosis+peritoneal&st2=&sid=C6B39ABD7427CA9D48199D355B13209D.aqHV0EoE4xIIF3hgVWgA%3a810&sot=b&sdt=b&sl=38&s=TITL E-ABS-KEY%28tuberculosis+peritoneal%29&relpos=0&citeCnt=0&searchTerm=>

II. SCOPUS: Sevgi DY, Derin O, Alpay AS, Gündüz A, Konuklar AS, Bayraktar B, et al. Extrapulmonary tuberculosis: 7 year-experience of a tertiary center in Istanbul. Eur J Intern Med 2013;24(8):864-867.

Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84889690632&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=tuberculosis+peritoneal&nlo=&nlr=&nls=&sid=C6B39ABD7427C>

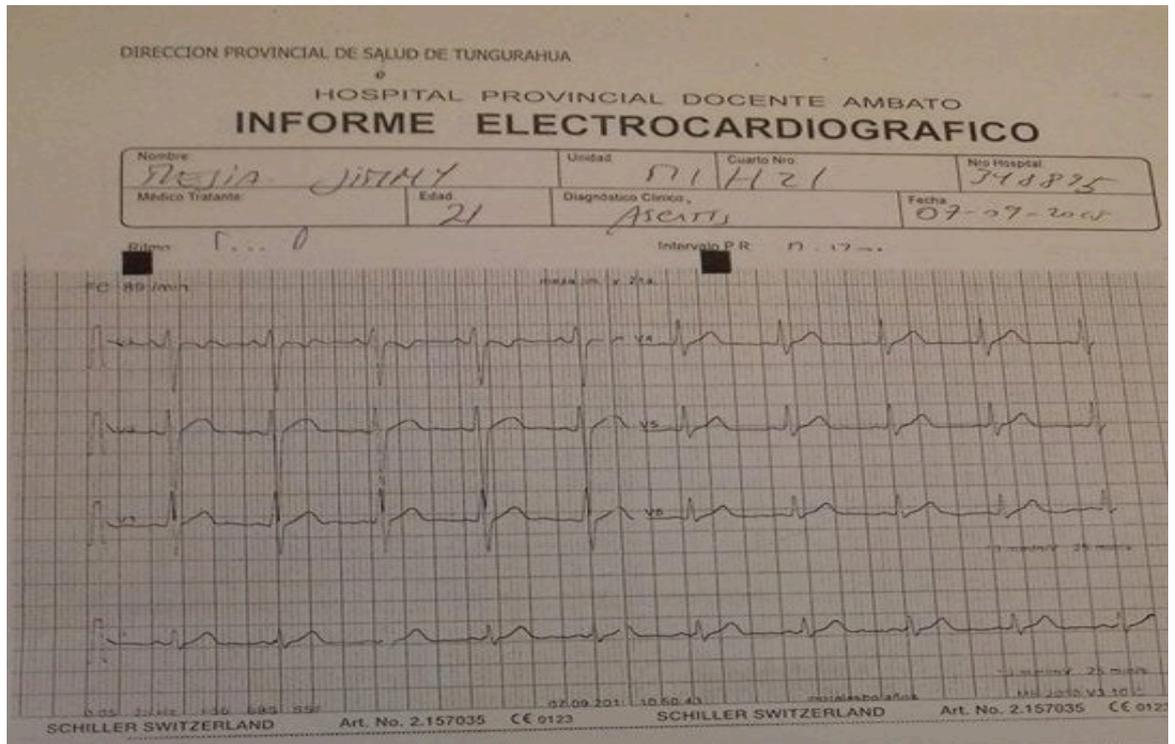
A9D48199D355B13209D.aqHV0EoE4xllF3hgVWgA%3a1350&sot=b&sdt=cl&cluster=scopubyr%2c%222013%22%2ct&sl=38&s=TITLE-ABS-KEY%28tuberculosis+peritoneal%29&ref=%28%28%28%28%28tuberculosis+p eritoneal%29%29+AND+%28peritoneal%29%29+AND+%28tuberculosis+perit oneal%29%29+AND+%28tuberculosis+peritoneal%29%29+AND+%28peritoneal %29&relpos=4&citeCnt=4&searchTerm=

- III. SCOPUS: Mazza-Stalder J, Nicod L, Janssens J-. Extrapulmonary tuberculosis. Rev Mal Respir 2012;29 (4):566-578.
- IV. SCOPUS: Sanches I, Carvalho A, Duarte R. Who are the patients with extrapulmonary tuberculosis? Rev Port Pneumol 2014.
- V. SCOPUS: Gómez-Aldana AJ. Peritoneal tuberculosis with elevated levels of CA 125. Rev Fac Med 2013;61 (3):311-314.

Disponibile en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84897879425&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=tuberculosis+peritoneal&nlo=&nlr=&nls=&sid=C6B39ABD7427CA9D48199D355B13209D.aqHV0EoE4xllF3hgVWgA%3a1350&sot=b&sdt=cl&cluster=scopubyr%2c%222013%22%2ct&sl=38&s=TITLE-ABS>

KEY%28tuberculosis+peritoneal%29&ref=%28%28%28%28%28tuberculosis+p eritoneal%29%29+AND+%28peritoneal%29%29+AND+%28tuberculosis+perit oneal%29%29+AND+%28tuberculosis+peritoneal%29%29+AND+%28peritoneal %29&relpos=2&citeCnt=1&searchTerm=#

VI. ANEXOS



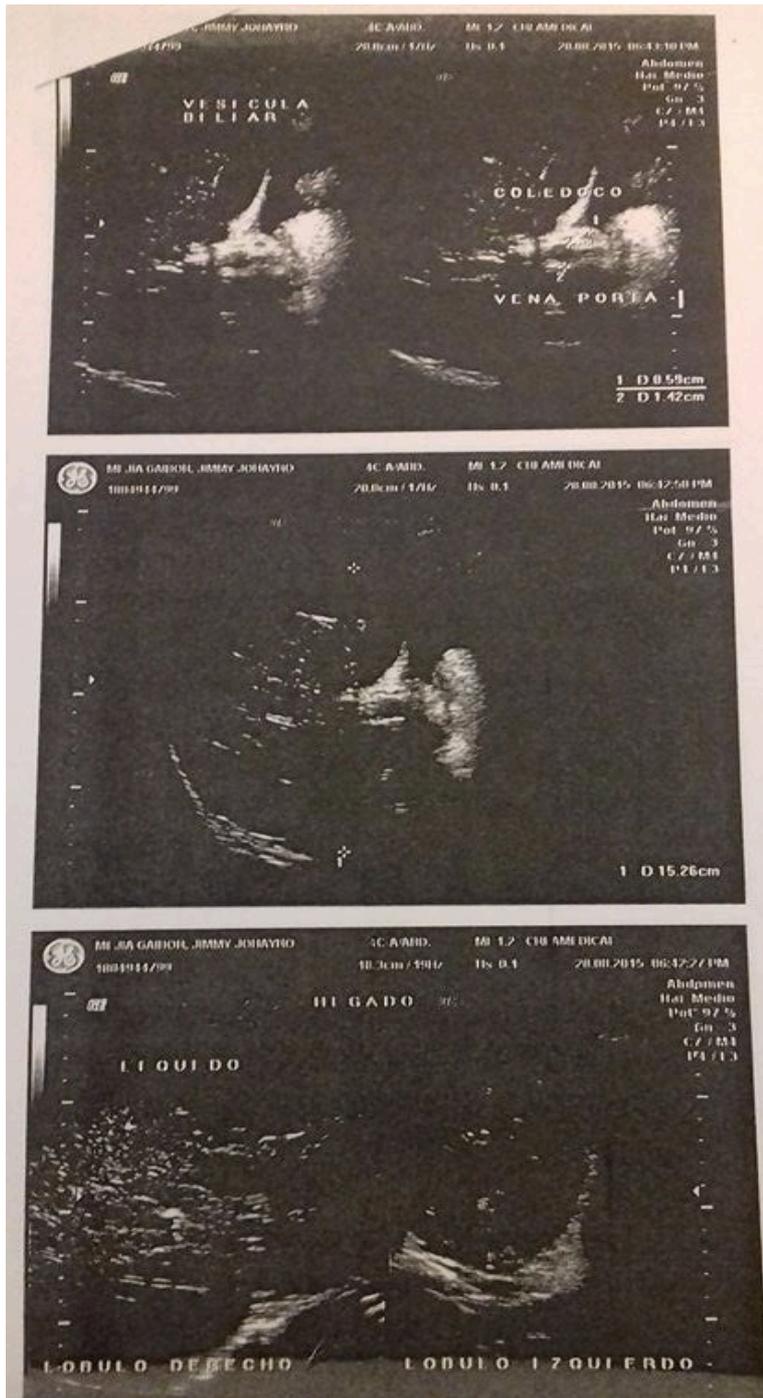
Fuente: Historia clínica

MUESTRA: *Espiro*
EXAMEN SOLICITADO: *Bailescopia, IM: Negativo*

Fecha de Entrega: *03/09/15*

Firma y Sello Laboratorio: *Maria Fernanda Domínguez*
LABORATORIO DE BACTERIOLOGÍA Y TUBERCULOSIS

Fuente: Historia clínica



Fuente: Historia clínica

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "AMBATO"
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
SERVICIO DE RADIOLOGÍA

Nombre: MUÑOZ JIMMY
Edad: 22 años
Servicio: C. I.
Fecha: 01/SEPTIEMBRE 2015

Rx. de TÓRAX

Corazón y grandes vasos normales.

Parénquima campo pulmonar derecho: se advierte imagen de condensación neumónica basal además de derrame pleural que se proyecta hacia la pared lateral y superior describiendo la línea de Damasiou, aproximadamente del 25 % de la capacidad pulmonar.

Campo pulmonar izquierdo: adecuadamente distendido existe redistribución del flujo vascular hacia el ápice.

Estructuras óseas y tejidos blandos normales

IDG:

Neumonía mas derrame pleural derechos.



HOSPITAL

PROVINCIA DEL DUCADO SANTIAGO DE LOS RIOS
Hospital y Clínica Endoscópica
SANTO DOMINGO - DOMINICANA

Paciente: JIMMY SANCHEZ
Cédula: 180494700
El Chato: 18130494700

Edad: 33 años
Etnia: Mexicana
Teléfono: /

Fecha: 2013/05/14 11:37:37
Examen: Videogastroscopia
Dr. Endoscopista: DR. JUAN C. VILANA
Médico Solicitante: DR. JUAN CARLOS VILANA
Asistente: Endoscopia

Procedimiento: EGAS
Equipo: FUJIFIMM EG-500WR
Reacciones:
Medicación:



• Imágenes Procedimiento:



[3] Cuerpo Gástrico



[4] Antra Gástrico



[5] Región Post Bulbar

- [1] Esófago Distal: CAMBIO MUCOSO COINCIDE CON EL CARDIAS EL MISMO QUE SE MANTIENE ENTRE ABIERTO. SOBRE EL CAMBIO MUSCOS HASTA LOS 37 CM SE APRECIAN ISLOTES DE MUCOSA NACARADA SUGESTIVAS DE METAPLASIA SE BIOPSIAS FCO 2
- [2] Fondo Gástrico: LAGO BILIOSO EN MODERADA CANTIDAD
- [4] Antra Gástrico: PARCHES DE MUCOSA PALIDA INTERPUESTOS ENTRE MUCOSA CONGESTIVA. CON AREAS DE REAGUDIZACION SE TOMAN BIOPSIAS DE ANTRÓ INCISURA Y CUERPO PILORO CENTRICO Y PERMEABLE
- [5] Región Post Bulbar: BULBO Y SEGUNDA NORMAL

• Diagnóstico de la Endoscopia:

METAPLASIA ESOFAGICA M 37 CARDIAS EN REABIERTO GASTROPATIA CRONICA ANTRAL CON AREAS DE REAGUDIZACION REFLUJO DUODENO GASTRICO

DR. JUAN CARLOS VILANA
GASTROENTERÓLOGO
EINHOA S.E. SQUSS, N° 28
DR. JUAN C. VILANA



Hospital Básico Privado
Tungurahua S.A.

Salud con vocación
LABORATORIO C

N° Petición: 828025
Paciente: MEJÍA GAIBOR
Doctor:
Edad: 22 Años

N° Historia: 11895
JIMMY

PRUEBA

RESULTADO

UNID

CI

HEMATOLOGÍA

BIOMETRIA HEMATICA

HEMOGLOBINA	13.70	g / dl	[13.00 - 18.00]
HEMATOCRITO	40.00	%	[45.00 - 52.00]
LEUCOCITOS	5100.00	mm3	[4000.00 - 10000.00]
SEGMENTADOS	70.00	%	[45.00 - 65.00]
LINFOCITOS	24.00	%	[18.00 - 45.00]
MONOCITOS	1.00	%	[0.00 - 1.00]
EOSINOFILOS	1.00	%	[0.00 - 5.00]
PLAQUETAS	397.000	mm3	[150.000 - 450.000]

UROANALISIS

Responsable
MIRYAM TOAPANTA

ELEMENTAL Y MICROSCOPICO DE ORINA

COLOR	Amarillo
ASPECTO	Lig. Turbio
DENSIDAD	1020
pH	5.00
GLUCOSA	NEGATIVO
PROTEINAS	NEGATIVO
CETONICOS	+

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
LABORATORIO CLINICO
QUIMICA SANGUINEA

17 17
NO. N. E000025 00007-5 FECH 13/09/15 08:38:49
ID OPERADOR bmaeyv
Comment-001 MEJIA JIMMY

SEX

TEST	RESULT	UNID	VALOR REF.	ALARM
UREA	25.7	mg/dL ✓	(16.6- 48.5)	
BUN	12	mg/dL ✓	(6- 20)	
GLUCOSA	78.9	mg/dL ✓	(74- 106)	
CREATININA	0.94	mg/dL ✓	(0.70- 1.20)	
DESIDR. LACTICA (LDH)	197	U/L ✓	(135- 225)	
SODIO (Na)	138.39	mmol/L ✓	(136- 145)	
POTASIO (K)	4.65	mmol/L ✓	(3.5- 5.1)	
CLORO (Cl)	97.52 L	mmol/L ✓	(98- 107)	

Dr. Paulina Palacios
ANATOMIA CLINICA

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

ID pac: 348833 Apellido: MEJIA Nombre: JOHAIRA Sexo:
Edad: Fech nac: Dpto: CLINICA N° cama:
ID muestr: 17 Hora prue: 13-09-2015 08:27 Modo: WB CBC+DIFF
Diag.cli:

Parámetro	Result Unid	Parámetro	Result Unid
WBC	4.85 x10 ³ /uL ✓	RBC	4.84 x10 ⁶ /uL
Neu%	? 65.1 % ✓	HGB	13.9 g/dL ✓
Lym%	L 19.3 %	HCT	41.2 % ✓
Mon%	?H 13.8 %	MCV	85.1 fL
Eos%	? 1.4 %	MCH	28.7 pg
Bas%	0.4 %	MCHC	33.7 g/dL
Neu#	? 3.16 x10 ³ /uL ✓	RDW-CV	12.1 %
Lym#	0.94 x10 ³ /uL	RDW-SD	43.6 fL
Mon#	? 0.67 x10 ³ /uL	PLT	H 434 x10 ³ /uL ✓
Eos#	? 0.06 x10 ³ /uL	MPV	8.0 fL
Bas#	0.02 x10 ³ /uL	PDW	15.6
* ALY%	0.6 %	PCT	H 0.347 %
* LIC%	0.0 %		
* ALY#	0.03 x10 ³ /uL		
* LIC#	0.00 x10 ³ /uL		

* sólo usar en investigación, no para diagnóstico

Entrag: Operador: LABORATORIO Valida:
Hor traz: Hor entr: Impr hora: 13-09-2015



SR. JIMMY MEJIA

DR. JUAN CARLOS VELASTEGUI

viernes, 28 de agosto de 2015

ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR

El estudio practicado demuestra hígado de forma y tamaño normal, su parénquima es homogéneo sin lesiones ocupantes de espacio ni dilatación de las vías biliares intra o extrahepáticas. El Colédoco mide 5.9 mm. Vena porta de calibre normal (14 mm), su flujo es centripeto y fásico respiratorio.

Vesícula biliar de pared delgada, sin lesiones intraluminales.

Páncreas y bazo de características normales.

Riñones son de situación, tamaño y ecoestructura normal. Adecuada relación córtico-medular.

Presencia de líquido libre en espacios subfrénico, Morrison, correderas parietocólicas y receso recto vesical.

Conclusión:

- Ascitis en un volumen aproximado de 2000 cc

Atentamente,

Dra. Lorena Erazo B.
Especialista en Radiodiagnósticos e Imágenes.

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRES		II. CLINICA
MEJIA		GAIBOR		JIMMY JOHAYRO		343883
SERVICIO	SALA	CAMA	Nº DE CELULAR	EDAD	SEXO	FE. OBTEN. C.G.
			969013872	22	M	08/09/2015
				180494479-4		

SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

DIAGNOSTICO CLINICO
 OPERACION PRACTICADA
 TRATAMIENTO
 ORIGEN Y/O NATURALEZA DE LA PIEZA
 DATOS DE ORIENTACION DIAGNOSTICA

EPIPLON MAYOR
 PERITONEO PARIETAL

SOLICITANTE	Nº DE PIEZAS
Dr. Fabián Yépez FIRMA DEL MEDICO	

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	Nº INFORME
09/09/2015	17/09/2015	2823-15

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Se recibe 2 fragmentos de tejido blando, aplanados, de 1.8 cm el mayor, y de 0.5 cm el menor de color grisáceo con áreas granulosas. SPTM (1C).

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

En los cortes histológicos se observa proceso inflamatorio constituido por nódulos con abundante histiocitos y linfocitos algunos linfocitos de aspecto epiteoide y en la periferia tejido fibroso. Algunos nódulos muestran el centro de aspecto necrótico, rosáceo y granuloso, con células gigantes del Langerhans.

DIAGNOSTICO

* TUBERCULOSIS ABDOMINAL.

Dr. José Rodríguez
 ANATOMIA PATOLOGICA
 MSP L 345 F 5 N° 13



ENTREGADO 01 OCT 2015

Dr. José Rodríguez F.
 ANATOMIA PATOLÓGICA



Laboratorio de Especialidades Médicas

Dr. MSc Marcelo Ochoa Egas
MÉDICO PATÓLOGO



AMBATO - MATRIZ: Castillo No. 04-58 y Sucre Edificio CLANTOUR 6to. Piso Oficina 601 - Telf: 2825587 - 2829674
 LABORATORIO DE EMERGENCIAS: Fybeca Ficoa, Av. Rodrigo Pachano y Los Guaytambos 5/N - Telf: 2420338
 LABORATORIO MICROBIOLÓGICO: Av. Rodrigo Pachano Edificio Calera - Telf: 2427542 - EMERGENCIAS: 0999 909318
 PUYO: Ceslao Marín y 27 de Febrero - Edificio C.C.C. - Telf: 2887790 / 0958881111 - e-mail: lem.ochoa@hotmail.com

Paciente: _____ Edad: _____
 Examen solicitado: **MEJIA GABOR JIMMY JOOHAYRO** 22a
 Fecha: **PAREDES MONICA**
 Hora Impresión: 16:04 180978 | 758596 |

HEMATOLOGIA

Parámetro	Resultados	Valor de referencia
HIV 1+2	NEGATIVO	
HIV I-II		

**METODO : Inmunoanálisis de membrana
cualitativo**

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
LABORATORIO CLÍNICO
QUIRÓFONO SARGOLIBRA

ID NO. R. E000010-00003-3
 FECH 30/08/15 08:11:36
 ID OPERADOR D00001V
 Comment-001 MEJIA JIMMY

TEST	RESULT	UNID	VALOR REF.	ALARM
UREA	23.0	mg/dL	16.26 - 48.51	
BUN	11	mg/dL	6 - 20	
GLUCOSA	72.5 L	mg/dL	74 - 106	
CREATININA	0.93	mg/dL	0.70 - 1.20	
ACIDO URICO	7.8 H	mg/dL	3.4 - 7.6	
BILIRUBINA TOTAL	0.713	mg/dL	0.00 - 1.41	
BILIRUBINA DIRECTA	0.378 H	mg/dL	0.00 - 0.30	
PROTEINAS TOTALES	6.87	g/dL	6.6 - 8.7	
ALBUMINA	3.13 L	g/dL	3.97 - 4.94	
TOB	22.1	U/L	0 - 40	
TOP	15.8	U/L	0 - 41	
POSFATASA ALCALINA	69	U/L	40 - 130	
ESODIO (Na)	136	mmol/L	136 - 145	
POTASIO (K)	5.17 H	mmol/L	3.5 - 5.1	
CLORO (Cl)	97.2 L	mmol/L	98 - 107	

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

ID pac: 348883 Apellido: MEJIA Nombre: JIMMY Sexo: Varón
 Edad: 23Ed Dpto: Nº cama:
 ID muestra: 3 Hora proc: 30-08-2015 08:11 Mode: WB CBC+DIFF

Parámetro	Result Unid	Parámetro	Result Unid
WBC	4.56 x10 ³ /uL	RBC	5.07 x10 ⁶ /uL
Neu%	73.9 %	HGB	14.6 g/dL
Lym%	13.9 %	HCT	43.2 %
Mon%	11.5 %	MCV	85.2 fL
Eos%	0.5 %	MCH	28.8 pg
Bas%	0.2 %	MCHC	33.8 g/dL
Neu#	3.37 x10 ³ /uL	RDW-CV	11.8 %
Lym#	0.64 x10 ³ /uL	RDW-SD	42.7 fL
Mon#	0.52 x10 ³ /uL	PLT	421 x10 ³ /uL
Eos#	0.02 x10 ³ /uL	MPV	7.6 fL
Bas#	0.01 x10 ³ /uL	PDW	15.6
* ALY%	0.6 %	PCT	0.320 %
* LIC%	0.1 %		
* ALY#	0.03 x10 ³ /uL		
* LIC#	0.01 x10 ³ /uL		

*** sólo uso en investigación, no para diagnóstico

Entreg: Bq.C. JACKELINE FONS Operador: LABORATORIO Valida:
 Hor traz: Hor entr: Impr hora: 30-08-2015 08:11:45
 Coment: Bq. C. Jackeline Fonseca Z
 LABORATORISTA CLINICO
 LIBRO N. FOLIO 11 N. 33

* El resultado sólo es válido para la muestra analiz

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "AMBATO"
INSTITUCION DEL SISTEMA UNIDAD OPERATIVA

MINISTERIO DE SALUD	HOSPITAL DOCENTE AMBATO	COD. UO	COD. LOCALIZACION	NUMERO DE HISTORIA CLINICA
		05	01 18	34 88 83
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
Mejia	Gabor	Jimmy	Joohayro	22
CERTEJA DE CALIFICACION				1804944777

SERVICIO: SALA: OMB: PROFESIONARI: FECHA DE TOMA:

UNIVERS: ALTA: CONTROL:

1 HEMATOLOGIA	2 UROANALISIS	4 QUIMICA SANGUINEA
BIMETRIA HEMATICA PLAQUETAS GRUPO SANGUINEO RETICULOCITOS HEMATOCRITO CELULA L.E. TIEMPO DE COAGULACION	ELEMENTAL Y MICROSCOPICO GOTA FRESCA PRUEBA DE EMBARAZO	GLUCOSA EN AYUNAS GLUCOSA POST PRANDIAL 2 HORAS UREA CREATININA BILIRUBINA TOTAL BILIRUBINA DIRECTA ACIDO URICO PROTEINA TOTAL ALBUMINA GLOBULINA
INDICES HEMATICOS TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) T. TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP) DREPANOCITOS COOMBS DIRECTO COOMBS INDIRECTO TIEMPO DE SANGRIA		TRANSAMINASA PEROXIDA (ACT) TRANSAMINASA OXALACETICA (AST) FOSFATASA ALCALINA FOSFATASA ACIDA COLESTEROL TOTAL COLESTEROL HDL COLESTEROL LDL TRIGLICERIDOS HIERRO SERICO AMLAZA
	3 COPROLOGICO	7 OTROS
	COPROPARASITARIO COPRO SERIADO SANGRE OCULTA INVESTIGACION DE POLIARFOS INVESTIGACION DE ROTAVIRUS	B A A R <i>gpa</i>
5 SEROLOGIA	6 BACTERIOLOGIA	
VDRL AGRUTINACIONES FEBRILES	GRAM ZIEHL HONGOS	
LATEX ASTO	FRESCO CULTIVO - ANTILOGRAMA MUESTRA DE	

FECHA: 01/09/2015 HORA: 9:11M NOMBRE DEL PROFESIONAL: Dra. Ornica

LABORATORIO CLINICO - SOLICITADO MEDICINA FAMILIAR Y CONSULTAS

Laboratorio de Especialidades Médicas

Dr. MSc. Marcela Ochoa Equi
MÉDICO PATÓLOGO

SGS

AMBATO - MATRIZ: Castillo No. 0458 y Sucre Edificio CLANTOUR 6to. Piso Oficina 601 - Telf: 2825587 - 2829674
LABORATORIO DE EMERGENCIAS: Fybeca Fieco, Av. Rodrigo Pachano y Los Quoylambos 5/N - Telf: 2420338
LABORATORIO MICROBIOLÓGICO: Av. Rodrigo Pachano Edificio Cabera - Telf: 2427542 - EMERGENCIAS: 0999 909318
PUYO: Caslaa Morin y 27 de Febrero - Edificio C.C.C. - Telf: 2887790 / 0958881111 - e-mail: lem_ochoa@hotmail.com

Paciente: MEJIA GAIBOR JIMMY JOOHAYRO Edad: 22a

Examen solicitado por: RED DE SALUD PUBLICA

Fecha: 01.Sep.2015 Hora Impresión: 17:33 181502 [770826]

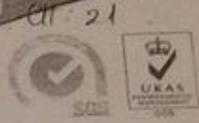
MARCADORES ONCOLOGICOS

Parámetro	Resultados	Valor de referencia
ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO(CEA)		
CEA	0.843 ng/mL	No fumadores: Menor o igual a 3.4 ng/mL. Fumadores: 4.3 ng/mL.
METODO: Electroquimioluminiscencia		
CA 125 (CARCINOMA OVARICO)		
CA 125	681.3 Resultado verificado con repeticion de test U/mL.	Hasta 35 U/mL.
METODO: Electroquimioluminiscencia		
CA 19-9 (CARCINOMA GASTRICO)		
CA 19-9	2.86 U/mL	Hasta 25 U/mL.
MÉTODO: Inmunoensayo heterogéneo		

Laboratorio de Especialidades Médicas



Dr. MSc. Marcela Cacha Egas
MÉDICO PATÓLOGO



TÍTULO DE ESPECIALISTA
Conferido por la Universidad Central del Ecuador
Médico patólogo - Profesor universitario U.C.

NOMBRE: MEJIA GAIBOR JIMMY
EDAD: 22 a

INFORME DE LABORATORIO DE BIOQUIMICA

EXAMEN: ADENOSIN DEAMINASA (ADA)

RESULTADO: 90,8 U/L ✓

INTERVALO DE REFERENCIA.

Líquido ascítico hasta 33 U/L

MÉTODO.
Espectometría

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE DE AMBATO

APELLIDOS: Mejia Jimmy		NOMBRES:		HCL: 93828
INFORME No. 3598	SALA:	CAMA:	CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIA

BACTERIOLOGICO-CULTIVO

MUESTRA: Líquido Ascítico

EXAMEN SOLICITADO: CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA

GRAM: No hay desarrollo bacteriológico a 24 y 48 horas

GERMEN IDENTIFICADO: CRECIMIENTO DE MAS DE..... MIL UFC

DE.....

ANTIBIOGRAMA

SENSIBLE

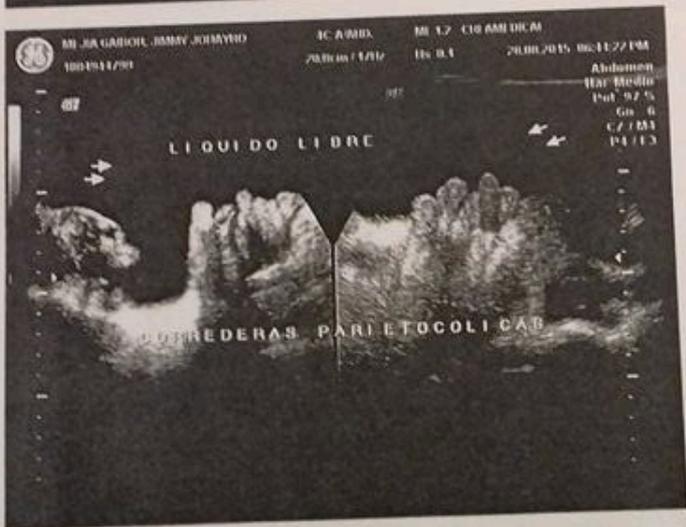
RESISTENTE

Fecha de Entrega

28/08/15

DM / LV

Firma y Sello Laboratorista
Lic. Vanessa Paredes
LABORATORIO CLINICO



HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "AMBATO"

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UD.		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
MINISTERIO DE SALUD		HOSPITAL DOCENTE AMBATO				05 01 18			348883	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD		CÓDIGO DE CLASIFICACIÓN
Mejía		Garbar		Jimmy		Jonaita		22		1804944279
PERSONA QUE RECIBE		PROFESIONAL SOLICITANTE		SERVICIO		SALA		CAMA		FECHA DE TOMA
Dr. Castro		Clara		11		21				

1 HEMATOLOGIA

BIMETRIA HEMATICA	INDICES HEMATICO
PLAQUETAS	TEMPO DE REPTROMBINA (TR)
GRUPO SANGUINEO	T. TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)
RETICULOCITOS	DREPANOCITOS
HEMATOZARIO	COOMBS DIRECTO
CÉLULA L.E	COOMBS INDIRECTO
TEMPO DE COAGULACION	TEMPO DE SANGRA

2 UROANALISIS

ELEMENTAL Y MICROSCOPICO
GOTA FRESCA
PRUEBA DE EMBRAZO

3 COPROLOGICO

COPROPARASITARIO
COPRO SERIADO
SANGRE OCULTA
INVESTIGACION DE POLIOMIOS
INVESTIGACION DE ROTAVIRUS

4 QUIMICA SANGUINEA

GLUCOSA EN AYUNAS	TRANSAMINASA TOROVICA (ALT)
GLUCOSA POST PRANDIAL 2 HORAS	TRANSAMINASA CATALITICA (AST)
UREA	POSFATASA ALCALINA
CREATININA	POSFATASA ACIDA
BILIRUBINA TOTAL	COLESTEROL TOTAL
BILIRUBINA DIRECTA	COLESTEROL HDL
ACIDO URICO	COLESTEROL LDL
PROTEINA TOTAL	TRIGLICERIDOS
ALBUMINA	HEMIO SERICO
GLOBULINA	AMLAZA

5 SEROLOGIA

VDRL	LATEX
AGRUTNACIONES FEBRILES	ASTO

6 BACTERIOLOGIA

GRAM	FRESCO
ZEH	CULTIVO - ANTI-BIOGRAMA
HONGOS	MUESTRA DE

7 OTROS

BAAR expto

FECHA: 24/09/07 HORA: 9:17 NOMBRE DEL PROFESIONAL: Dra. Ortizca

SNS-MSP / HCU-Form. 010A / 2008

LABORATORIO CLINICO - SOLICITUD

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "AMBATO"

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UD.		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
				44					348883	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD		CÓDIGO DE CLASIFICACIÓN
Mejía		Garbar		Jimmy		Jonaita		21		1804944279
PERSONA QUE RECIBE		PROFESIONAL SOLICITANTE		SERVICIO		SALA		CAMA		FECHA DE TOMA
Dr. Castro		Clara		11		21				

1 HEMATOLOGICO

HCTO	Hb	Hct	g/d	VCN	RETICULOCITOS
50.5	12:12	44		HCM	DREPANOCITOS
11.8	07-01			CHCM	GRUPO - FACTOR Bn
1.10	sec(50)			HPCROMA	COOMBS DIRECTO
1.10	sec(50)			ANISOCITOSIS	COOMBS INDIRECTO
				POIQUILOCT	TEMPO DE SANGRA
					TEMPO DE REPTROMBINA
					TEMPO PARCIAL

5/09/07 12:12 44

50.5 sec(50)

11.8 07-01

1.10 sec(50)

1.10

51 50

51 50

IHR J.I

3 COPROLOGICO

COLOR	HEMOGLOBINA	ESPIRAS	TRM
CONSIST	GLUCOSA	BIELAS	ALM
pH	POLIMORFOS	MOCO	SP
PROTOZOARIOS	WAFIT	TRM 2000	HELMINTOS



Hospital Básico Privado
Tungurahua S.A.

Salud con vocación y honestidad
LABORATORIO CLÍNICO Y BACTERIOLÓGICO

28/08/2015

N° Petición: 828025
Paciente: MEJIA GAIBOR JIMMY
N° Historia: 11895
Edad: 22 Años

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
UROBILINOGENO	NEGATIVO		
BILIRRUBINAS	NEGATIVO		
HEMOGLOBINA	NEGATIVO		
SANGRE	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
LEUCOCITOS	NEGATIVO		
PIOCITOS	3-5		
HEMATIES	1-2		
BACTERIAS	+		
CELULAS BAJAS	0-1	/C	
CRISTALES	NEGATIVO		
CILINDROS	NEGATIVO		
FIL. MUCOSO	+		
GRAM GOTTA FRESCA			
COCOS GRAM POSITIVOS.			